



First time? **Yes** or **No**

季節性流感疫苗篩查 / 同意書

以下問題將幫助我們確定，是否存在任何理由讓我們今天不應該給您或您的孩子接種滅活注射流行性感冒疫苗。假如您對任何問題回答“是”，這並不一定意味著您（或您的孩子）不應該接種疫苗，而只是意味著必須進一步向您詢問而已。如果您對某個問題不清楚，請向您的醫療保健提供者尋求解釋。

病人名字: _____ 病人姓氏: _____ 病人生日: ____/____/____
地址 _____ 城市: _____ 郵遞區號: _____ 年齡: _____
電話號碼: _____ 性別: _____ 母親名字: _____

族裔資訊 (勾選所有適用項)

- 亞裔
- 美國原住民或阿拉斯加原住民
- 黑人或非裔美國人
- 白種人
- 夏威夷土著或其他太平洋島民
- 西班牙裔或拉丁裔
- 其他 _____
- 多於一種族裔

醫療保險資訊 (勾選所有適用項) – 本服務免費，不會向您收取費用

- Alameda Alliance – Medi-Cal
- Blue Cross – Medi-Cal
- Kaiser – Medi-Cal
- 沒有保險
- United Health Care
- Blue Cross – Private
- Kaiser – Private
- Cigna
- Blue Shield
- Health Net
- Aetna
- 其他: _____

醫療資訊

- | | Yes | No |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. 您今天是否覺得不舒服或者發燒? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 您是否對藥物、雞蛋、某種疫苗成分或乳膠過敏? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 您此前是否在接種流感疫苗后出現過嚴重反應? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 4. 您是否患過吉巴氏綜合症? (一種嚴重的癱瘓疾病，亦稱 GBS) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 5. 對於女性：您是否懷孕或正在進行母乳餵養? | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

疫苗接種同意書簽名

我已收到一份流行性感冒疫苗資訊聲明 (VIS)。我已將其閱讀或讓人向我解釋其內容。我已有機會提出問題，並且得到了令我滿意的回答。我瞭解疫苗的益處和風險，並申請將指定疫苗提供給我或登記表上列名的我有權為其提出申請的人。

授權簽名: _____ 日期: _____
(本人/家長/監護人)

加州免疫登記系統 (CAIR) 是一個保密、安全的電腦系統，由加州衛生部支持。該系統使醫生、病人和家長更容易追蹤記錄一生以來進行的各項注射。成千上萬的加州醫生使用 CAIR。您今天接種疫苗的紀錄將輸入 CAIR 系統。o 如果您不希望您的疫苗資訊共享給使用 CAIR 的醫療提供者，請勾選此框。

FOR STAFF USE ONLY

After completion, please Fax this to 510-268-2333 or send copies to ACPHD, Attn: Ella Leung, 1000 Broadway, Suite 500 – Oakland CA 94607

Vaccine type: _____ Dose: _____ Manufacturer: _____
Lot #: _____ Expiration Date: _____ Injection Site: RD LD LT RT
Clinic/Site Name and City _____ Credential: _____
Dispensing Health Care Provider's Name and Signature: _____ MD RN LVN NP PA Paramedic EMT AEMT
Name: _____ Signature: _____ Date: _____